

Cuidados paliativos: aspectos filosóficos*

Palliative care: philosophical aspects

Fermin Roland Schramm**

Introdução: O contexto da discussão

Os altos custos do tratamento de pacientes fora de possibilidades terapêuticas têm se tornado um sério problema para os sistemas sanitários, inclusive no Brasil.

Isto deve-se principalmente à tomada de consciência das sociedades atuais de que os recursos naturais e humanos são finitos - mesmo em situação de rápido progresso técnico e científico - e escassos frente ao crescimento comparativamente mais rápido das demandas de indivíduos e populações.

Tal tomada de consciência inscreve nossa época naquela que o bioeticista norte-americano Daniel Callahan chamou de "cultura dos limites", a qual configuraria a terceira fase da história da medicina, que viria após uma primeira fase - chamada de *fase dos cuidados* - caracterizada pela baixa resolutividade, e a segunda - chamada de *fase da cura* - caracterizada pela rápida incorporação técnico-científica e pela alta resolutividade.²

O tratamento paliativo faz parte desta terceira fase - que chamarei de *fase dos limites* - e que pode ser vista como uma síntese "crítica" das fases anteriores, visto que recupera características da cultura milenar dos cuidados - em reação aos reais ou supostos defeitos da medicina de alta tecnologia em situações limites como é aquela do doente terminal) - e - embora não seja contrária à tecnologia médica *per se* - se preocupa com o assim chamado reducionismo "cientificista" aplicado à complexa relação entre pacientes, pessoal médico e equipe, Estado e Sociedade.

Neste sentido, pode-se supor que a importân-

cia relativa cada vez maior assumida pelos cuidados paliativos representaria o indício da emergência de uma nova preocupação com a humanização da prática médica, caracterizada pela *simpatia* ("sentir junto com o outro") e a *empatia* ("sentir no lugar do outro") dos médicos e dos demais membros da equipe com seus pacientes.

Entretanto, esta preocupação se dá numa situação de conflitos de interesses e de aumento dos custos, considerados cada vez mais "pesados" para os relativamente minguados orçamentos sanitários, cujos responsáveis devem batalhar pela obtenção de seus recursos no contexto de outras exigências e prioridades igualmente legítimas, tais como a educação, a segurança, o comércio, a moradia, dentre outros.

Assim sendo, embora o direito à saúde seja garantido porque inscrito - como no caso brasileiro - na Constituição, tal direito se torna *de facto* relativo porque dependente do conjunto de recursos efetivamente disponíveis, e é por isso que o campo da saúde é um dos mais conflituosos e polêmicos nas sociedades atuais.

O aumento de custos e os conseqüentes conflitos de interesses são conseqüência de uma série de fatores interligados, dentre os quais pode-se destacar:

a) a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento da esperança de vida das pessoas e o conseqüente envelhecimento da população que, no caso do Brasil, o torna "um país jovem de cabelos brancos"³;

* Palestra proferida por ocasião da 1ª jornada de cuidados paliativos e dor do Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro de 25 a 27 de novembro de 1999

** PhD. Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz e consultor em bioética do Instituto Nacional do Câncer.

b) a transição tecnocientífica e biotecnocientífica, caracterizada pelos avanços nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, inclusive na terapia intensiva;

c) o imaginário médico, caracterizado – como afirmam seus críticos – pelo sentimento da assim chamada “onipotência médica”, responsável pela obstinação terapêutica, que implica o duplo efeito da tentativa de curar e do aumento do sofrimento.

Por isso, se a fase da medicina científica permitiu, por um lado, estender a vida orgânica, isso se deu, em algumas situações, em detrimento de uma qualidade de vida aceitável e digna. De fato, pacientes portadores de neoplasias não suscetíveis de cura, são tratados utilizando-se procedimentos que sabidamente em nada vão contribuir para a melhora da qualidade da sobrevida⁴, mas que se tornam excessivamente caros para os cofres públicos e os bolsos privados.

No mundo ocidental, é a partir dos anos 70 que começa a difundir-se a necessidade de encarar os problemas relativos às últimas fases da vida e ao morrer com um novo olhar. Inicialmente, pela crítica do tabu da morte, feita argumentando que o morrer deveria tornar-se objeto de uma livre e franca discussão pública, da mesma forma como se abordam os problemas do viver. Em seguida, abordando a moralidade do suicídio assistido e da eutanásia sem preconceitos.

Para o bioeticista Peter Singer, isso marcaria o colapso da ética tradicional do Ocidente, fundamentada no *princípio da sacralidade de vida humana*, e indicaria a transição rumo a uma ética baseada no *princípio da qualidade de vida*, do qual decorreria o direito das pessoas decidirem, de forma autônoma, como melhor viver e morrer.⁵ É por isso que o direito de “morrer com dignidade” veio assumir uma importância cada vez maior no imaginário ocidental.

Contudo, esta transição paradigmática da ética vem causando confusão e conflitos. No que irei apresentar a seguir, pretendo esclarecer, do ponto de vista da bioética, os argumentos em jogo nesta complexa problemática, na esperança de que ela sirva para ulteriores aprofundamentos do debate, que considero indispensáveis para tomadas de decisão esclarecidas.

“Cuidados Paliativos”, “Dor” e “Sofrimento”

Para começar é preciso definir os termos “cuidados paliativos”, “dor” e “sofrimento”, pois muitos conflitos surgem de mal-entendidos sobre o sentido das palavras que se utilizam num debate. Em seguida, deve-se ver a realidade concreta à qual tais termos se referem. Por fim, temos que apresentar as implicações morais de tal realidade.

Cuidados paliativos

Os “cuidados paliativos” são o conjunto de cuidados relativos a pacientes fora de possibilidade terapêutica e a seu entorno familiar ou afetivo, oferecidos por equipes multiprofissionais, quando tais pacientes não respondem mais, de maneira satisfatória, às tentativas de cura e sua esperança de vida fica significativamente reduzida. Os cuidados paliativos se tornam portanto a única alternativa viável à cura e o objetivo se torna então o de cuidar da pessoa doente, por meio do controle dos sintomas que o paciente considera difíceis de suportar.

Conforme à filologia, a palavra “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa, em sentido próprio, “coberto com capa” e, em sentido figurado, “dissimulado”. Assim sendo, quando as causas de uma doença não podem ser removidas e o doente não pode mais ser curado, os sintomas são “encobertos” através de tratamentos específicos como, por exemplo, a analgesia nos quadros algícos, a qual não cura propriamente, mas “cuida”, aliviando a dor do paciente.

Dor e sofrimento

A “dor” é algo primário, objetivo, dependente da fisiologia humana, que qualquer médico a princípio deve eliminar, pois é esta a tarefa que lhe é outorgada pela deontologia que legitima sua profissão, codificada no Juramento Hipocrático. Neste sentido, pode-se dizer que, do ponto de vista existencial, *a dor é sem sentido*.

O “sofrimento”, por sua vez, é uma consequência da dor pois é causado por esta e depende não tanto da fisiologia humana mas de sua psicologia e cultura, isto é, de sua personalidade. O sofrimento pode ser elaborado, tolerando-o ou não, tornando-o, por exemplo, meio de for-

talecimento do caráter, de ascese espiritual ou até de gozo. Do ponto de vista existencial, *o sofrimento tem portanto sentido*.

Por isso – como escreve o médico e bioeticista Miguel Kottow – “A terapia analgésica se refere à dor, ao passo que o sofrimento se trata ou elabora por outros meios”.⁶

Caráter holístico dos cuidados paliativos

Entretanto, a expressão “cuidados paliativos” refere-se a uma realidade humana mais ampla que a mera sintomatologia, visto que a dor física é somente um dos motivos do sofrimento que aflige o paciente portador de neoplasias em estado avançado.

De fato, a expressão refere-se não só ao aspecto físico ou orgânico, mas também aos aspectos psicológicos, sociais e, para alguns – como Cicely Saunders, que propôs a expressão “dor total” – espirituais.⁷ Em suma, os cuidados paliativos referem-se ao paciente em sua totalidade e não somente à doença ou à ausência desta, e é por isso outros autores os caracterizam como uma prática holística.⁸ Deste ponto de vista “holístico”, tanto a dor quanto o sofrimento entrariam de direito em seu campo de preocupação.

Assim sendo, os cuidados paliativos implicam em quatro tipos de atividades:

- 1) aliviar o paciente de sua dor e de outros fatores de estresse ou sofrimento;
- 2) acompanhá-lo psicologicamente e fornecê-lo, quando desejado, o conforto espiritual necessário para poder enfrentar em paz a última etapa de sua “viagem”;
- 3) fornecer um sistema de suporte para ajudar o paciente a ter, dentro do possível, uma vida ativa e criativa a mais satisfatória possível, que possibilite o exercício de sua autonomia pessoal e o sentimento de auto-estima;
- 4) propiciar um sistema de suporte para seu entorno familiar ou afetivo.

Isso faz com que os doentes terminais precisem, muitas vezes, de mais cuidados que os doentes curáveis, razão pela qual pode-se afirmar que os cuidados paliativos constituem “cuidados intensivos para doentes terminais”.⁹

O que acabamos de apresentar refere-se a um tipo ideal de “cuidados paliativos”, e a realidade poderá ser outra, dependendo não só dos recursos disponíveis, mas também dos valores e das prioridades vigentes numa determinada sociedade, assim como do “caráter” e da sensibilidade do paciente, do médico e dos outros membros da equipe.

Portanto, num sentido estrito, parece que a prática dos cuidados paliativos se refere essencialmente à dor, não ao sofrimento, visto que a decisão de aceitar ou não o sofrimento é uma decisão de quem sofre, a ser tomada no contexto da relação médico-paciente, de seu entorno e, evidentemente, da disponibilidade de recursos.

Mas, graças aos progressos da medicina analgésica, o médico pode senão eliminar pelo menos diminuir, de maneira sensível, a dor, sem “apagar” a consciência. Entretanto, o controle insuficiente da dor em mais da metade dos pacientes crônicos, por um lado, e a reticência de muitos médicos em prescrever os analgésicos mais eficazes por medo do risco de causar dependência ou acelerar a morte em seus pacientes, tornam o conjunto “dor-sofrimento” um objeto de controvérsias filosóficas e sociais.

Em particular, os cuidados paliativos fazem parte de uma estratégia compreensiva de controle do câncer. Já o tratamento “curativo” por cirurgia, radioterapia ou quimioterapia deve quase sempre ser agressivo para ter sucesso, o que pode implicar no assim chamado fenômeno do “duplo efeito” da terapia.

O duplo efeito da terapia e suas implicações morais

A situação de “duplo efeito” é patente quando o tratamento se aplica a doentes fora de possibilidade de cura, visto que, neste caso, entra-se no domínio da “obstinação terapêutica”. Esta, associada causalmente ao assim chamado sentimento de “onipotência médica”, é criticada pelas suas conseqüências negativas, visto que, contrariamente às “boas intenções” e ao sentimento “paternalista” do médico, este estaria de fato infringindo os “sagrados” princípio da tradição hipocrática: o *princípio de não maleficência* e o *princípio de beneficência*.

Assim sendo, a obstinação em curar é criticada enquanto não corresponderia à boa prática

médica nem aos melhores interesses do paciente, e a possibilidade de substituí-la com a prática “mais razoável” dos cuidados paliativos tornar-se-ia portanto crucial.

O argumento moral de regra utilizado é de que prolongar a vida não constituiria *per se* uma justificação suficiente, ou uma razão cogente, do ponto de vista do paciente, se isso implicar numa qualidade de vida reduzida para o tempo que lhe resta ou após ponderação dos custos e benefícios para o paciente e seu entorno.

Isso cria toda uma série de dificuldades de ordem teórica e prática, sobretudo tendo em conta a ampliação potencial do campo dos cuidados, requerida pela sensibilidade contemporânea, que alguns moralistas, talvez com uma certa razão, definem como “hedonista” e outros, também com suas razões, definem como “indolor”. A principal questão de ordem moral, neste caso, é a de saber quem terá acesso a tais cuidados se é verdade – como acredita Callahan – que vivemos numa cultura dos limites, e se é verdade também – como acredito – que vivemos numa sociedade profundamente injusta.

Rumo a uma sociedade indolor?

Para a sensibilidade contemporânea do mundo ocidental, essencialmente laico e secular, tanto a dor quanto o sofrimento são encarados cada vez mais como sendo sem razão e sem sentido, portanto um mal a ser legitimamente evitado e combatido.

Por isso, afirma-se que este fim justificaria a princípio qualquer meio lícito disponível, inclusive os analgésicos mais potentes, os quais podem, entretanto, além de aliviar a dor, abreviar a própria vida, transformando tais meios em polêmicos instrumentos de eutanásia.

A concepção imaginária de uma vida e uma sociedade indolores, que alguns autores caracterizam como um verdadeira “mudança gestáltica” (*gestaltic switch*), foi certamente possível graças a profundas transformações sociais e culturais, advindas a partir do Pós-Guerra, sintetizadas por Norberto Bobbio pela expressão “a era dos direitos”. Mas também graças aos avanços da medicina e da farmacologia, assim como à emergência de uma percepção “holística” do doente na prática clínica, visto não mais como mero portador de doença mas como uma pessoa integral que sofre física, psíquica, social e espiritualmente, e que, portanto, tem o direito

de subtrair-se a tal condição (é este, aliás, o sentido profundo da célebre e controvertida definição de *saúde* dada pela OMS nos anos 70 como “completo bem-estar físico, psíquico e social”).

É claro que isso não implica na supressão de fato de dor e sofrimento, visto que o Homem ainda está submetido à sua condição de precariedade e de mortalidade. Entretanto, e apesar disso, dor e sofrimento não são mais vistos, de forma consensual, como valores fundamentais e absolutos de nosso estar-no-mundo, mas sim como valores que são produtos de escolhas pessoais social e historicamente situadas. É isso que determina a “mudança gestáltica” de nossa civilização, caracterizada pela busca da assim chamada “qualidade de vida”.

Tudo isso corresponde, no âmbito da filosofia moral, ao surgimento, a partir dos anos 60-70, do campo das éticas aplicadas e da bioética.

Bioética dos cuidados paliativos

A bioética é atualmente a mais desenvolvida das éticas aplicadas, com crescente penetração na academia, nos hospitais e nos institutos de pesquisa, mas ela surgiu inicialmente como um movimento sociocultural de reforma dos valores e dos costumes das sociedades ocidentais, junto com a assim chamada “cultura dos direitos” que introduziu na medicina a discussão sobre os “direitos do paciente” frente ao assim chamado “paternalismo médico”.

A bioética é entendida tradicionalmente como “ética da vida”, mas esta definição é imprecisa e desnorteante pois não capta o sentido de transformação da sensibilidade contemporânea e da preocupação com o bem-estar em todas as suas dimensões (mesmo que isso não implique automaticamente na eliminação de fato de todas as formas de mal-estar).

Assim sendo, a sensibilidade contemporânea exige que se conceba, mais apropriadamente, a bioética como “ética da qualidade da vida”, preocupada com a promoção do bem estar, da dignidade humana e dos direitos e deveres fundamentais.

Em particular, as questões relativas às últimas fases da vida e ao *como* morrer têm se tornado objeto de uma nova reflexão tanto em âmbito médico quanto em âmbito filosófico.

Com efeito, em ambos existe um consenso crescente em afirmar que quando o ato terapêutico não consegue mais atingir o obje-

tivo consistente em restaurar a saúde, tratar para curar pode tornar-se um ato inútil e, mais do que isso: o ato terapêutico pode sim prolongar a vida, mas prolonga de fato também o sofrimento e a agonia do próprio paciente. A tal ponto que o bioeticista Maurizio Mori pôde chamá-la de “condição infernal”, na qual “para o paciente [seria] melhor não existir (morrer) do que continuar a existir”.¹⁰

Agora, a tradição médica pressupõe uma ética deontológica que implica em pelo menos dois deveres:

a) *sanare infirmos*, isto é, reprimir a saúde eliminando a doença para devolver pelo menos a integridade física ao paciente;

b) *sedare dolorem*, isto é, aliviar a dor e o sofrimento do doente.

Conforme ao *ethos* médico tradicional, quando os dois deveres entram em conflito, dever-se-ia escolher o dever de “sanar”.

Mas – como vimos – o “sanar” pode implicar, sobretudo nos casos de obstinação terapêutica em doentes fora de possibilidade de cura, em infringir os próprios princípios hipocráticos da não maleficência (*primum non nocere*) e da beneficência (*bonum facere*), visto que a consequência do “sanar” é um aumento da dor, isto é, algo que a sensibilidade contemporânea considera *prima facie* como um mal.

Surge então a licitude moral de parar o que é julgado fútil – prolongar a vida a qualquer custo – e de intensificar os esforços capazes de propiciar a melhor qualidade de vida possível (ou talvez a menos ruim possível) afim de respeitar o direito de todo humano em morrer com dignidade e, sobretudo, em paz.

Em outros termos, se é verdade – como afirma a ética tradicional – que o médico tem a dupla responsabilidade de preservar a vida e eliminar o sofrimento, na situação particular, representada pelo fim da vida do doente terminal, aliviar dor e sofrimento torna-se mais importante do que preservar a vida, visto que esta pode tornar-se um verdadeiro martírio. É neste sentido que deve-se entender a mudança de paradigma moral da prática médica, cuja prioridade lexical é agora reservada ao *sedare dolorem*, não mais ao *sanare infirmos*.

Agora, isso é mais fácil de ser dito do que praticado, pois cabe ao médico avaliar clinicamente – isso faz parte de sua competência – e

decidir quando a preservação da vida se torna inútil e é melhor “deixar” que a morte aconteça, da maneira menos traumática possível. Esta decisão clínica não é sempre evidente pois implica também em crenças e valores do próprio médico, e sobretudo no “envolvimento” emocional do médico, cuja gestão é sempre problemática.

De fato, o envolvimento emocional parece fazer parte da própria relação médico-paciente, sendo um elemento necessário para a obtenção da confiança do paciente. Por outro lado, tal envolvimento pode prejudicar o distanciamento necessário para se tomar a decisão mais razoável possível. A verdadeira “arte médica” consistirá portanto na justa dosagem de envolvimento e distanciamento, adaptados à situação específica, mesmo que isso implique na frustração de ver seu paciente morrer. Aliás, embora muitas legislações ainda sejam relutantes (não sem um certa razão “prudencial”) em admitir que o médico possa em alguns casos optar prioritariamente por *sanare dolorem*, cresce a consciência de que ele não tem a obrigação de preservar a vida a qualquer custo, se isso implicar em mais dor e sofrimento do paciente e, sobretudo, na perda de sua dignidade pessoal e auto-estima. Por isso, o legislador parece cada vez mais sensível à concepção de que a vida deva ser preservada somente até o ponto em que ela é de fato sustentável para o próprio paciente e seu entorno, visto que as prioridades podem mudar quando o paciente está visivelmente morrendo, isto é, quando estar-se-ia de fato prolongando não a vida mas sim o morrer. Neste caso, *a questão relevante não é mais a de tratar ou não tratar, mas sim a de como tratar!*

Em suma, a emergência desta nova sensibilidade moral indica, no caso do paciente terminal, uma transição paradigmática da prioridade absoluta atribuída à cura (de fato impossível) para a prioridade *prima facie* atribuída aos cuidados, em particular, aos cuidados paliativos. É por isso que as pessoas começam a afirmar seu direito de escolher como morrer e o problema de “morrer com dignidade” adquire uma importância crescente na opinião pública. No meu entender, é nesse contexto sociocultural que deve situar-se a discussão sobre a moralidade dos cuidados paliativos.

Considerações Finais

Mas, afinal, dor e sofrimento têm sentido?

A questão, como todas as questões enfrentadas pela bioética, é evidentemente polêmica. O filósofo Emmanuel Lévinas, para quem a distinção pertinente, do ponto de vista do sentido, não é entre dor e sofrimento, mas entre *minha* dor e sofrimento e a dor e o sofrimento do *outro*, escreveu:

“Que no seu fenômeno próprio, intrinsecamente, o sofrimento seja inútil, seja ‘por nada’, é o mínimo que dele se possa dizer. Sem dúvida, este fundo in-sensato que a análise parece sugerir é confirmado por situações empíricas da dor (...). Bastaria, por exemplo, extrair da crônica médica certos casos de dores tenazes ou rebeldes, as nevralgias e as ‘lombalgias’ intoleráveis que resultam de lesões de nervos periféricos, e as torturas por que passam certos pacientes atingidos por tumores malignos”.¹¹ Para Lévinas, este “sofrer por nada” levanta um problema ético fundamental: o escândalo do mal, logo o dever moral de evitá-lo ou pelo menos de aliviá-lo, sobretudo quando a sofrer é o outro. O sofrimento do outro é justamente o objeto da cura e dos cuidados médicos e de suas equipes.

Mas quem é este “outro”? Na terminologia de Lévinas, o outro é qualquer outro, o qual, enquanto outro, deve ser o sujeito, objeto incondicional de meu cuidado. *Mutatis mutandis* esta fenomenologia se aplica à relação médico-paciente, na qual entretanto se impõe cada vez mais o valor da autonomia do paciente, o que o torna a princípio competente para decidir o que é, para ele, um bem, e se aceita ou não um determinado tipo de tratamento. Isso levanta, evidentemente, toda uma série de questões que não são só de ordem moral, mas também clínicas.

É sobre este “dever” que se baseia a recente redescoberta, por parte da bioética, da prioridade lexical dos cuidados paliativos sobre a assim chamada “obstinação terapêutica”, frente à dor e ao sofrimento de doentes terminais. Com efeito – como vimos – a obstinação terapêutica pode, em alguns casos, reverter-se em maleficência para os pacientes, tornando o ato moralmente paradoxal, visto que *salvar a vida do paciente acaba em prejudicar a qualidade de vida do próprio paciente*.

Entretanto, a medicina dos últimos tempos tem mudado profundamente. Pela primeira vez em

sua história milenar, ela tem que lidar com uma tecnologia que torna possível intervir no começo e no fim da vida de maneira nunca vista antes.

Ao mesmo tempo, o surgimento de uma nova sensibilidade, de novos valores e novas exigências das pessoas, assim como a transformação do *ethos* tradicional, está mudando não só a relação médico-paciente mas também o próprio papel da medicina na sociedade.

Tudo isso leva a acaloradas discussões sobre os princípios e valores que deveriam guiar nossas ações, em particular, discussões sobre o agir dos médicos e sobre os valores que orientam sua “arte de curar/cuidar”.

De fato, o *ethos* médico foi guiado por longo tempo pelo assim chamado “vitalismo médico”, segundo o qual é dever do médico fazer sempre e em qualquer circunstância todo o possível para prolongar a vida e afastar a morte.

Esta regra tem suas vantagens pois pode servir para proteger o médico de eventuais dúvidas e erros. E isso porque o princípio axiológico subjacente afirma que a vida orgânica é sempre algo bom e a morte sempre algo ruim ou, melhor dito, o pior dos males. Portanto, o dever embasado neste princípio impõe ao médico de fazer sempre todo o possível para prolongar a vida e postergar a morte, independente das conseqüências em termos de dor e sofrimento para o paciente.

É possível que quando esta regra de conduta surgiu fosse plenamente justificada, visto que a morte era quase sempre prematura e imprevisível. Mas hoje a situação é outra, pois nem sempre a morte é prematura ou imprevisível, mas chega após uma vida plena e longa, ou após um sofrimento prolongado, ao término dos quais seja preferível morrer, pois sobreviver pode acabar no martírio.

É por isso que para a bioética laica e secular, fundamentada na prioridade lexical da “qualidade de vida” sobre a “sacralidade da vida”, o doente terminal pode legitimamente escolher de morrer sem ter que enfrentar obrigatoriamente tal martírio.

Referências Bibliográficas

1. CALLAHAN, D. 1987. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York, Simon & Schuster
2. VERAS, R. 1994. *País jovem de cabelos brancos*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará
3. WHO. 1990. *Cancer pain relief and palliative care report. WHO technical report series, n. 804*. Geneva, World Health Organization; WHO. 1995. *The use of essential drugs: six report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, n. 850*. Geneva.
4. SINGER, P. 1996. *Rethinking Life & Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*. New York, St. Martin's Griffin.
5. KOTTOW, M. 1997. Consideraciones bioéticas en torno al dolor, *El Dolor*, 5(21): 29-31, p. 30. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Santiago de Chile.
- 6 - SAUNDERS, C. 1984. *The management of terminal disease*, 2nd ed. London, Edward Arnold.
7. TWYLCROSS, R. 1998. "Palliative care". In: *Encyclopedia of Applied Ethics*, vol. 3, p. 419-433.
8. TWYLCROSS, 1998, *op. cit.*, p. 420.
9. MORI, M. 1999. Dal vitalismo 'medico alla moralità dell'eutanasia, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, VII(1): 109-123, p. 114. Ed. Zadig, Milão.
10. LÉVINAS, E. 1997. "O sofrimento inútil" In *Entre nós. Ensaio sobre a alteridade*. Petrópolis, Ed. Vozes, pp. 128-142, p. 130.